# Registro de Vacunas de Wisconsin

# Record de Administración de Vacunas

La información de este formulario se mantendrá para demostrar que usted está de acuerdo con vacunar a su hijo (a). Esta información se guardará en una base de datos computarizada llamada WIR. Su médico, la escuela y el departamento de salud tiene acceso. No es necesario que provea toda esta información. Por favor déjenos saber si tiene alguna pregunta.

Apellido:       Nombre:       Segundo Nombre:

Si es menor de edad, ¿es usted el padre/madre o tutor?  Si  No

Fecha de Nacimiento: mes       día       año

Número de Seguro Social (opcional):       (se usa para buscar su record)

Sexo:  Masculino  Femenino

Etnicidad:  Hispano/a  No-Hispano/a

Raza:  Indio/a Americano/a o Nativo/a de Alaska  Asiático/a  Negro/a o Afro-americano/a

Nativo de Hawái u otra Isla del Pacifico  Blanco/a  Otra

Apellido de soltera (apellido antes del matrimonio) y nombre de la madre:       ,

Si es menor de edad, apellido de la persona responsable:       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección:       P.O. Box:

Ciudad:       Estado:       Código Postal:

Teléfono:

Correo Electrónico:

¿Le gustaría recibir recordatorios?  Sí  No

¿Tiene seguro de salud?  Sí  No

Si tiene, ¿qué tipo de seguro?  Badger Care

Asistencia Médica

Medicare

Seguro de salud, pero las vacunas no están cubiertas

Seguro de salud y las vacunas están cubiertas

Nativo(a) Americano(a) / Nativo(a) de Alaska

He leído, o alguien me ha explicado la información sobre enfermedades y las vacunas que yo/mi hijo(a) recibirá hoy. He podido hacer preguntas y obtener respuestas. Entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas. Por favor vacúneme a mi o a mi hijo(a).

Firma: Fecha: